

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie Clínica Médica

Volumen 17, Número 4, Julio 2022

Dirección, Comité de expertos, Fuentes científicas 3

Informes seleccionados

Reseñas seleccionadas

1 - Efectos de los Fármacos Antiinflamatorios no Esteroides en los Índices de Rendimiento Deportivo en Individuos Sanos: Un Metanálisis de Ensayos Clínicos Controlados
Cornu C, Grange C, Nony P y col.
Sports Med Open 6(1):20-31, Abr 2020 4

2 - Revisión Sistemática y Metanálisis de la Asociación entre los Antiinflamatorios no Esteroides y la Hemorragia Operatoria en el Período Perioperatorio
Bongiovanni T, Lancaster E, Wick E y col.
Journal of the American College of Surgeons 232(5):765-790, May 2021 6

3 - Cambios en el Abordaje Farmacológico de la Artritis Reumatoidea a lo Largo de Dos Décadas
Crossfield SSR, Buch MH, Conaghan PG y col.
Rheumatology (Oxford) 60(9):4141-4151, Sep 2021 7

Novedades seleccionadas

4 - Escalas para el Dolor Neuropático Diabético
Ünlütürk Z, Öztekin S, Erdoğan C y col.
BMC Endocrine Disorders 22(1):56-65, Mar 2022 10

5 - Eficacia de una Combinación de Terapias Conservadoras en la Artrosis de la Base del Pulgar
Deveza L, Robbins S, Hunter D y col.
JAMA Internal Medicine 181(4):429-438, Abr 2021 11

6 - Tratamiento Intraarticular de la Artrosis con Etalialuronato de Diclofenac
Kano K, Seo T, Nishida Y
Arthritis & Rheumatology 73(9):1646-1655, Sep 2021 13

7 - Artrosis: Efectos sobre la Discapacidad Laboral y el Sistema de Salud
Summanen M, Ukkola-Vuoti L, Madanat R y col.
BMC Musculoskeletal Disorders 22(1):501-511, May 2021 14

Contacto directo 17

Autoevaluaciones de lectura y Respuestas correctas 18

Conexiones Temáticas

Los artículos de Trabajos Distinguidos, Serie Clínica Médica, pueden ser aprovechados por otras especialidades. A continuación se citan las comprendidas en esta edición:

Especialidades	Artículos, números
Anestesiología	2
Atención Primaria	4, 5
Cardiología	2
Cirugía	2
Diagnóstico por Imágenes	5
Educación Médica	5
Epidemiología	2, 5
Farmacología	1, 2, 5
Geriatría	5, 6
Kinesiología	1, 5
Medicina del Deporte	1
Medicina del Dolor	6
Medicina del Trabajo	5, 7
Medicina Familiar	4, 5
Medicina Farmacéutica	2, 5
Medicina Interna	2, 4, 5
Neurología	4
Ortopedia y Traumatología	5, 7
Reumatología	5-7
Salud Pública	2



Una publicación de la

Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie

Clínica Médica

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



<https://www.siicsalud.com/cis/td-tm.php>

Programa SIIC de Educación Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Comité de Redacción Científica

Ignacio Agudelo
Ana Clara Bernal
Agustín Álvarez Dengra
Ricardo Cárdenas
Ignacio Ciccarelli

Diego Costa
Carina Elizalde
Iván Fernández Bessone
Julieta Finkelstein
Matías Kunst Michemberg

Néstor López
Daniel Martínez Rubio
Marcela Moris
Alejo Pérez de la Hoz
Graciela Rey

Gabriela Rocas
Daniela Roisman
María del Pilar Villa Clavijo
Ezequiel Zaidel
César Zoni

Selección y Supervisión Científica

Daniela Bordalejo
Raúl Costamagna
Roberto Elizalde
Pedro Forcada
Nery Fures
Juan Gagliardi

Oscar Levalle
Néstor López
José Luis Mansur
Nicolás Masquelet
Amelia Musacchio de Zan
Tomás Orduna

Domingo Palmero
Daniel L. Piskorz
Graciela Rey
Guillermo Roccatagliata
Graciela B. Salis
Ariel Sánchez

Graciela Scagliotti
Edgardo Schapachnik
Marcelo Trivi
José Vázquez
María del Pilar Villa Clavijo
Andrés Zubrzycki

Consejo Superior

Programa SIIC de Educación
Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Eliás N. Abdala, Miguel Allevato, Sebastián A. Alvano, Pablo Bazerque, Daniela Bordalejo, Oscar Bruno, Carlos Camilo Castrillón, Juan C. Chachques, Luis A. Colomato (h), Sixto R. Costamagna, Carlos Crespo, Carlos Damin, Jorge Daruich, Eduardo de la Puente, Raúl A. De Los Santos, Blanca Diez, Ricardo Drut, Roberto Elizalde, Miguel Falasco (h), Germán Falke, Fernando R. Filippini Prieto, Pedro Forcada, Juan Gagliardi, María E. Gómez del Río, Alcides Greca, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirschon Prado, Roberto Iérmoli, Miguel A. Larguía, Oscar Levalle, Daniel Lewi, Antonio Lorusso, Javier Lottersberger, Olindo Martino†, Jorge Máspero, Marcelo Melero, José M. Méndez Ribas, José Milei, Alberto Monchablón Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Angel Nadales, Carlos Nery Costa, Beatriz Oliveri, Domingo Palmero, Rodolfo S. Pasqualini, Ricardo Alfredo Pérez de la Hoz, Daniel L. Piskorz, Eduardo Pro, Guillermo Roccatagliata, Gonzalo Rubio, Graciela B. Salis, Oscar D. Salomón, Ariel Sánchez, Graciela Scagliotti, Elsa Segura, Norberto A. Terragno, Roberto Tozzini, Marcelo Trivi, José Vázquez, Juan C. Vergottini, Eduardo Vega, Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes, Ezio Zuffardi.

SIIC, Consejo de Dirección:
www.siicsalud.com

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales. Trabajos Distinguidos/Trabalhos Destacados y Temas Maestros son marcas y procedimientos internacionalmente registrados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de SIIC.



Información adicional en
www.siicsalud.com



Artículo completo en
www.siic.info

Fuentes científicas

Acupuncture & ElectroTherapeutics Research
American College of Neuropsychopharmacology
American Scientist
Anais da Academia Brasileira de Ciências
Annals of Internal Medicine
Annals of Saudi Medicine
Annual Review of Medicine
Archives of Internal Medicine
Artificial Intelligence in Medicine
Atención Primaria
BMJ
British Journal of Clinical Practice (BJCP)
British Journal of Hospital Medicine
British Medical Bulletin
Canadian Medical Association Journal
Chest
Chinese Medical Journal
Clinical Autonomic Research
Clinical Biomechanics
Clinical Immunology
Clinical Medicine
Critical Care and Resuscitation
Critical Care Medicine
Current Opinion in Biotechnology
Disease Management & Health Outcomes
European Journal of Pain
Folha Médica
Gaceta Médica de México
Gender Medicine
Headache
Health and Quality of Life Outcomes
Health Physics
Hospital Medicine

Hypertension
In Vivo
Indian Journal of Medical Research
Research
Indian Journal of Medical Sciences
Indian Journal of Palliative Care
International Journal of Clinical Practice
JAMA
Jornal Brasileiro de Medicina
Journal of Clinical Hypertension
Journal of Clinical Pathology
Journal of Cystic Fibrosis
Journal of Evidence-Based Social Work
Journal of Experimental Medicine
Journal of General Physiology
Journal of Internal Medicine
Journal of International Medical Research
Journal of Laboratory and Clinical Medicine
Journal of Neuropathic Pain & Symptom Palliation
Journal of Postgraduate Medicine
Journal of Sexual Medicine
Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care
Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA)
Journal of the Formosan Medical Association
Journal of the Indian Medical Association
Journal of the Royal Society of Medicine
Kaohsiung Journal of Medical

Sciences
Lancet
Medicina-Buenos Aires
Medicinal Research Reviews
New England Journal of Medicine
Palliative Medicine
Postgraduate Medical Journal
Promotion & Education
Revista Argentina de Medicina
Revista Brasileira de Medicina
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Revista de la Asociación Médica Argentina
Revista de la Facultad de Medicina
Revista de Medicina Interna
Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo
Revista Médica de Rosario
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Salud(i)Ciencia
Santo Tomas Journal of Medicine
São Paulo Medical Journal
Saudi Medical Journal
Scandinavian Journal of Clinical & Laboratory Investigation
SIIC Data Bases
Sleep Medicine Reviews
Tohoku Journal of Experimental Medicine
Topics in Pain Management
Trauma
Tropical Medicine and International Health
West Indian Medical Journal

Amplias reseñas y trabajos de extensión convencional seleccionados de la literatura médica universal, resumidos en una o dos páginas. Los textos se redactan en español en base a las pautas de estilo editorial de los resúmenes SIIC que sintetizamos en los siguientes principios: calidad literaria, brevedad, objetividad y fidelidad a las opiniones de los autores.

1 - Efectos de los Fármacos Antiinflamatorios no Esteroides en los Índices de Rendimiento Deportivo en Individuos Sanos: Un Metanálisis de Ensayos Clínicos Controlados

Cornu C, Grange C, Nony P y colaboradores

Université Claude Bernard Lyon; Hôpital Louis Pradel, Lyon, Francia

[Effect of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs on Sport Performance Indices in Healthy People: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials]

Sports Med Open 6(1):20-31, Abr 2020

Los antiinflamatorios no esteroideos son un grupo de fármacos con propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas que son habitualmente muy utilizados en contextos de competencia deportiva; sin embargo, existen dudas acerca de sus efectos sobre el rendimiento deportivo y, por lo tanto, sobre su correcta clasificación para los organismos antidoping.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son una clase de fármacos químicamente no relacionados que poseen efectos antiinflamatorios, analgésicos, antipiréticos y antitrombóticos.

En medicina del deporte se administran por vía oral, tópica, intramuscular o, menos frecuentemente, intravenosa, para tratar alteraciones inflamatorias, óseas, articulares, de los tejidos blandos y en los posoperatorios. Los atletas las utilizan más que cualquier otra medicación, a veces de forma abusiva, y su empleo es muy habitual en el contexto de las competiciones para evitar el dolor, para continuar con la actividad deportiva a pesar de las lesiones o para acelerar el regreso a la función luego de un daño.

La World Anti-Doping Agency (WADA), en su lista de prohibiciones incluye sustancias y métodos que tuvieran el potencial de mejorar el rendimiento deportivo, que representen un riesgo actual o futuro para la salud de los atletas o que violaren el espíritu deportivo descrito en el Código WADA. Los AINE no son considerados fármacos que potencien el rendimiento deportivo, por lo que no están incluidos en la lista de prohibiciones.

Los efectos de los AINE sobre la fisiología del ejercicio y el rendimiento deportivo no son aspectos muy estudiados; sin embargo, debido a que estos agentes ejercen una acción farmacológica sobre los sistemas fisiológicos claves relacionados con el

rendimiento del ejercicio, existe una justificación teórica por la cual podrían proporcionar un efecto ergogénico significativo.

La presente revisión sistemática y metanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados tuvo por objetivo identificar si los AINE poseen el potencial de mejorar el rendimiento deportivo.

Pacientes y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y en la base de datos Cochrane, en ClinicalTrials.gov y en Researchgate.net hasta diciembre de 2019, sin restricción de lenguaje ni de año de publicación. Se rastrearon ensayos clínicos controlados y aleatorizados que investigaran los efectos de los AINE sobre los índices de rendimiento deportivo. Se incluyeron estudios que incluyesen participantes sanos, de ambos sexos, mayores de 18 años, que podían ser atletas o no; que investigaran cualquier AINE, incluso aspirina; para cualquier tipo de ejercicio; sin importar la vía de administración, la dosis o la duración de la exposición, siempre y cuando fuera previa al ejercicio físico determinado. El grupo control podía ser placebo, una sustancia activa o ninguna intervención. El diseño del estudio podía ser a doble ciego, simple ciego o abierto. Se excluyeron investigaciones que no tuvieran disponibles los criterios de evaluación del rendimiento y estudios no realizados en seres humanos.

El criterio de valoración primario fue el máximo rendimiento alcanzado en el ejercicio, según lo definía cada estudio, que podía medirse a través de pruebas fisiológicas (p. ej., VO_{2max}) o con medidas de fuerza o aceleración, entre otras. Los resultados secundarios evaluados fueron el tiempo de agotamiento y de dolor, ambos autoinformados.

Se analizó el riesgo de sesgo de acuerdo con el *Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions* versión 5.1.0. y se clasificó para cada dominio como bajo, alto o no definido. El sesgo de publicación se valoró mediante un diagrama de embudo.

Los análisis estadísticos se expresaron como diferencia de media estandarizada (DME) con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un valor de $p < 0.05$ para determinar la significación estadística. Se empleó la prueba I^2 para cuantificar la heterogeneidad entre los estudios, considerándose como no importante si I^2 era $< 50\%$, con lo que se aplicaba entonces un modelo de efectos fijos; mientras que si I^2 era $\geq 50\%$ se utilizaba un modelo de efectos aleatorios.

Se realizó un análisis de subgrupo para estudios de ramas paralelas que valoraran ibuprofeno, el AINE más utilizado en los trabajos incluidos.

Resultados

Se incluyeron en el metanálisis 23 ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Doce trabajos compararon ibuprofeno contra placebo; uno utilizó este mismo fármaco, pero frente a aspirina en dosis bajas (75 mg), uno analizó indometacina frente a placebo y otros 2 frente a no tratamiento; 4 lo hicieron entre aspirina y placebo; uno entre flurbiprofeno y placebo, y 2 entre naproxeno y placebo. Un estudio se llevó a cabo en un entorno abierto de larga distancia, mientras que todos los demás se efectuaron en un centro de ciencias del deporte.

Se contabilizaron un total de 296 participantes en el metanálisis de grupos paralelos para el criterio de valoración primario (12 estudios de grupos paralelos y 1 primer período de un estudio cruzado), y 135 participantes en el metanálisis de estudios cruzados (10 trabajos cruzados).

Seis investigaciones incluyeron participantes de ambos sexos, mientras que las restantes solo se implementaron en hombres. Todos los individuos eran sanos; un estudio reclutó mujeres posmenopáusicas y otro admitió personas mayores. Siete estudios paralelos incluyeron atletas bien entrenados o personas jóvenes que realizan deportes regularmente, mientras que los demás trabajos se realizaron con personas no entrenadas, no activas o no atletas.

Un estudio investigó la vía de administración transdérmica. Diez trabajos analizaron la administración aguda del fármaco, mientras que los demás estudios evaluaron un período de tratamiento de entre 10 horas y 1 semana antes del ejercicio. Las dosis de medicamentos empleadas estuvieron en un rango de entre 400 mg y 1.2 g por toma para ibuprofeno, de 500 mg a 1000 mg por toma para aspirina y de 75 mg a 150 mg por día para indometacina.

Las intervenciones y formas de medición fueron variables en los distintos ensayos clínicos; 16 estudios utilizaron ejercicios de fuerza (isométrica, excéntrica o isotónica/isocinética); 13 emplearon mediciones de resultado de fuerza (contracción, esfuerzo o fuerza máximas). Cuatro estudios utilizaron ejercicios de carrera (corta o larga distancia, salto luego de correr, carrera de velocidad con aceleración); 3 trabajos se hicieron en cinta de correr con $VO_{2m\acute{a}x}$ como resultado, mientras que otros 3 estudios emplearon ejercicios en bicicleta con medición de la carga de trabajo máxima.

La calidad de los estudios seleccionados fue muy variable, algunos con diseño abierto o a simple ciego que aumentaban el riesgo de sesgo. Asimismo, otras investigaciones presentaron sesgo de deserción y de selección al informarse resultados de manera incompleta o no registrar los protocolos, respectivamente.

Referido al criterio de valoración primario que analizaba el rendimiento máximo, el metanálisis de grupos paralelos incluyó 13 estudios que totalizaron 149 participantes en el grupo de AINE y 147 individuos en el grupo control. No se observó diferencia significativa en el rendimiento máximo entre grupos

(DME: -0.03; IC 95%: -0.26 a 0.20) al utilizar un modelo de efectos fijos ($I^2 = 22\%$).

En el metanálisis de estudios cruzados se incluyeron 9 trabajos que informaron un índice de rendimiento máximo con un total de 135 participantes. No se halló diferencia significativa en estos índices entre los grupos (DME: 0.01; IC 95%: -0.39 a 0.40) a partir de un modelo de efectos fijos ($I^2 = 0\%$), con un coeficiente de correlación de 0.5. Al utilizar otros valores de coeficientes de correlación en el análisis sensitivo (0, 0.25 y 0.75) los resultados fueron igualmente no significativos.

En cuanto al criterio de valoración secundario referido al tiempo hasta el agotamiento, el metanálisis de grupos paralelos incluyó 4 estudios que totalizaron 44 participantes en el grupo de AINE y 39 participantes en el grupo control. No se encontró diferencia significativa entre grupos (DME: -0.11; IC 95%: -0.55 a 0.33) con el modelo de efectos fijos empleado ($I^2 = 0\%$). Este criterio de valoración no estuvo disponible en los estudios cruzados.

Por su parte, el dolor autopercebido, también un criterio de valoración secundario de análisis, se informó en 6 investigaciones que totalizaron 72 individuos en el grupo de AINE y 75 sujetos en el grupo control. El dolor autopercebido no fue significativamente menor en el primer grupo en comparación con el segundo grupo (DME: -0.32; IC 95%: -0.65 a 0.01) al utilizarse un modelo de efectos fijos ($I^2 = 36\%$). Los estudios cruzados no consideraron este tópico.

En el análisis de subgrupos que comparó específicamente el ibuprofeno con un grupo control con placebo, el metanálisis de grupos paralelos incluyó 10 estudios que involucraron a 112 individuos en el grupo de ibuprofeno y a 113 personas en el grupo control. No se halló diferencia significativa en el rendimiento máximo entre los grupos (DME: 0.02; IC 95%: -0.24 a 0.29) a partir de un modelo de efectos fijos ($I^2 = 0\%$).

No existió heterogeneidad en análisis alguno. Tampoco se informaron efectos adversos en las investigaciones, aunque en todas ellas los antecedentes de trastornos gastrointestinales eran considerados criterio de exclusión.

En cuanto al sesgo de publicación, el número de investigaciones incluidas fue insuficiente para permitir una interpretación robusta del diagrama de embudo; sin embargo, este diagrama para el criterio de valoración primario estaba bien distribuido.

Discusión

Debido a que los AINE ejercen una acción farmacológica sobre los sistemas fisiológicos claves relacionados con el rendimiento deportivo es que existe una racionalidad teórica para considerar que estos fármacos podrían generar un efecto ergogénico significativo. Al ser utilizados para aliviar el dolor también permiten continuar con la actividad deportiva.

El presente metanálisis no ha encontrado impacto en los índices de rendimiento deportivo en personas sanas por el empleo de AINE; estos fármacos tampoco

lograron influir sobre el tiempo hasta el agotamiento ni sobre el dolor autopercebido.

Los estudios incluidos en el análisis han sido muy dispares en cuanto a participantes involucrados, modalidades de tratamiento administrados, tipos de ejercicios evaluados y resultados informados. Casi todas las investigaciones se llevaron a cabo en escenarios experimentales que no son comparables con las prácticas reales en atletas. Las dosis de fármacos administradas fueron muy variables entre estudios, pero principalmente eran muy inferiores a las de uso habitual en competiciones, en las cuales existe abuso y administración concomitante de distintas formulaciones, entre otras costumbres peligrosas. Además, se evaluaron ejercicios aislados y no prolongados o repetitivos como en las competiciones habituales. Por lo tanto, los resultados expresados en este metanálisis no pueden ser extrapolados a condiciones de competencia deportiva.

Los trabajos evaluados no fueron diseñados para detectar efectos adversos de los AINE. Las investigaciones existentes referidas al tema son contradictorias.

Como limitaciones se destacan la búsqueda en un número limitado de bases de datos, la escasa calidad metodológica de los trabajos incluidos, el elevado riesgo de sesgo y la imposibilidad para descartar un sesgo de publicación. Por lo tanto, existe una escasez de investigaciones adecuadas en esta área.

Conclusiones

El presente metanálisis no logró obtener una conclusión sin ambigüedades acerca de la existencia o la inexistencia de un efecto ergogénico producido por los AINE sobre el rendimiento deportivo.

El riesgo para los atletas no se halla bien documentado y los estudios bien diseñados al respecto son escasos. Sin embargo, la ausencia de datos no es evidencia de ausencia del efecto; de hecho, al no observarse efecto alguno sobre el dolor se sugiere que el diseño de los ensayos clínicos no era óptimo.

Se recomienda realizar nuevas investigaciones adecuadamente diseñadas, que sean comparables con situaciones reales, para responder a la pregunta acerca de la influencia de los AINE sobre el rendimiento deportivo, de manera que puedan ser correctamente clasificados por la WADA.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/170453

2 - Revisión Sistemática y Metanálisis de la Asociación entre los Antiinflamatorios no Esteroides y la Hemorragia Operatoria en el Período Perioperatorio

Bongiovanni T, Lancaster E, Wick E y colaboradores

University of California San Francisco School of Medicine, San Francisco, EE.UU.

[Systematic Review and Meta-Analysis of the Association between Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs and Operative Bleeding in the Perioperative Period]

Journal of the American College of Surgeons 232(5):765-790, May 2021

El uso de antiinflamatorios no esteroideos en el período perioperatorio no parece estar vinculado con complicaciones hemorrágicas posoperatorias.


El dolor posoperatorio debe ser controlado de forma eficaz y segura. Diversos estudios indican que la analgesia no opioide es tan eficaz como la analgesia opioide y que la analgesia multimodal es más eficaz que la analgesia opioide exclusiva. Específicamente, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se han promocionado como un complemento, o incluso un reemplazo, de los opioides. Sin embargo, una barrera para el uso de AINE para el manejo del dolor perioperatorio es el riesgo percibido de hemorragia asociado con su uso. Esto es de particular importancia en los pacientes quirúrgicos.

El objetivo de la presente revisión sistemática y metanálisis fue determinar el riesgo de hemorragia causado por los AINE administrados en el período perioperatorio.

Métodos

Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas (Medline, Embase), utilizando términos de búsqueda que cubrían la intervención dirigida (uso de AINE) y los resultados de interés (complicaciones quirúrgicas, hemorragia), limitado a artículos en idioma inglés. La fecha de finalización de la búsqueda fue el 29 de agosto de 2019. Se definió hemorragia clínicamente significativa como hematoma documentado, necesidad de reintervención por hemorragia y necesidad de transfusión de sangre. La gastritis no se incluyó porque es una complicación conocida y dependiente de la dosis de los AINE y no está necesariamente relacionada con un procedimiento quirúrgico. Se incluyeron todos los contextos clínicos (pacientes hospitalizados, ambulatorios y clínicos). Los datos fueron extraídos de forma independiente. Se registró si el AINE utilizado era selectivo o no selectivo.

El criterio de valoración primario fue el impacto agregado de los AINE administrados en el período perioperatorio sobre la hemorragia quirúrgica. Los cuatro resultados de interés (hematoma, retorno al quirófano por hemorragia quirúrgica, transfusiones de sangre y cualquier otra complicación) se compararon entre los pacientes que recibieron AINE en el período perioperatorio y aquellos que no

 Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

recibieron estos agentes en dicho período. La heterogeneidad entre los estudios se probó con el estadístico I^2 . Se realizaron análisis de subgrupos según cada tipo de resultado hemorrágico (hematoma, regreso al quirófano, transfusión de sangre y cualquier otra complicación hemorrágica quirúrgica). El sesgo de publicación fue analizado mediante las pruebas de Begg y Egger. La calidad de los estudios se evaluó de forma independiente mediante la lista de verificación *Downs and Black*. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con la versión 16.1 del *software* Stata 16.1. El valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados

Se incluyeron en total 74 estudios publicados entre 1987 y 2019. Estos trabajos incluyeron 151 031 pacientes. Hubo una heterogeneidad considerable entre las 74 investigaciones con respecto al diseño, el ámbito, el alcance y el tipo de AINE. Más de la mitad de los estudios incluidos eran ensayos controlados aleatorizados. Los estudios se llevaron a cabo tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, y el seguimiento se realizó tanto en el ámbito hospitalario como en el clínico, y en los hospitales académicos y comunitarios. Las categorías más frecuentes de operaciones estudiadas fueron las cirugías de mama, las abdominales que incluyeron procedimientos abiertos y laparoscópicos, las de oído, nariz y garganta, que en su mayoría fueron amigdalectomías, y operaciones ortopédicas. Siete estudios incluyeron una amplia variedad de intervenciones en numerosas áreas del cuerpo. El tipo de AINE utilizado varió, al igual que el momento y la vía de administración. Los estudios incluyeron 12 tipos de AINE, los más frecuentes fueron el ketorolac, el diclofenac y el ibuprofeno. En la mayoría de los estudios se utilizó un AINE no selectivo.

En los 44 ensayos que informaron la duración del seguimiento, el período de seguimiento varió de 12 horas a 3 días. Los estudios con mayor duración se centraron en evaluar el dolor y las complicaciones generales, en lugar de solo el sangrado. Veintinueve investigaciones informaron complicaciones hemorrágicas posoperatorias como resultado primario. De los 74 estudios incluidos, seis fueron estudios de casos y controles y fueron excluidos del metanálisis. Los metanálisis de hematoma, retorno al quirófano por hemorragia y transfusiones de sangre no demostraron diferencias en el riesgo en ninguna de las tres categorías estudiadas entre los grupos de AINE frente a no AINE ($p = 0.49$; $p = 0.79$, y $p = 0.49$, respectivamente). El puntaje de calidad encontró un amplio rango de calidad, con puntajes que van desde la calidad más baja de 12 a la calidad más alta de 25, de un total de 27 (promedio: 16).

Conclusiones

La hemorragia sigue siendo una preocupación importante para los cirujanos, que deben sopesar el

riesgo de hemorragia posoperatoria con analgesia adecuada en el contexto de la crisis de opioides. Los resultados del presente estudio indicarían que sería poco probable que los AINE administrados en los períodos preoperatorio, intraoperatorio o posoperatorio provoquen complicaciones hemorrágicas posoperatorias (hematomas posoperatorios, necesidad de regresar al quirófano, transfusiones de sangre u otras complicaciones hemorrágicas). Si bien se deben tener en cuenta otros riesgos de los AINE, numerosas especialidades quirúrgicas podrían adoptar de manera segura el uso de AINE sin temor a hemorragias posoperatorias asociadas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/166422

3 - Cambios en el Abordaje Farmacológico de la Artritis Reumatoidea a lo Largo de Dos Décadas

Crossfield SSR, Buch MH, Conaghan PG y colaboradores

Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine; University of Leeds, Leeds, Reino Unido

[Changes in the Pharmacological Management of Rheumatoid Arthritis over Two Decades]

Rheumatology (Oxford) 60(9):4141-4151, Sep 2021

Se evaluaron los cambios en el abordaje farmacológico en la artritis reumatoidea durante un período de 20 años y, a pesar del abordaje moderno de tratamiento y el aumento en las prescripciones de fármacos modificadores de la enfermedad reumática, la indicación a largo plazo de corticoides sigue siendo significativa, especialmente en adultos mayores, y persiste una vez iniciada.

Las estrategias modernas para el tratamiento de la artritis reumatoidea (AR) se basan en el inicio temprano de fármacos modificadores de la enfermedad reumática (DMARD, por su sigla en inglés) y en el tratamiento a corto plazo y concomitante para suprimir la inflamación con antiinflamatorios no esteroides (AINE), para el alivio sintomático. Estas estrategias de control de la inflamación mediante un tratamiento dirigido se asocian con mejores resultados para el paciente.

El tratamiento a corto plazo con corticoides, de 2 a 3 meses según algunas guías o hasta 6 meses según otras, está recomendado en la AR inicial, y al comenzar o cambiar de DMARD, con suspensión ajustada de corticoides guiada por respuesta.

El tratamiento con DMARD a largo plazo debería limitar la inflamación y los síntomas. Las guías recomiendan tratamiento preventivo con inhibidores de la bomba de protones (IBP) para mitigar los eventos adversos gastrointestinales de los AINE, y tratamiento protector óseo al prescribir una dosis mayor o igual a 7.5 mg de prednisolona diaria durante al menos 3 meses, para prevenir las fracturas osteoporóticas.

El presente estudio investigó tendencias en el abordaje de la AR a lo largo de 20 años, para

determinar si el uso moderno de los DMARD y el control estrecho de la inflamación habría resultado en menos uso a largo plazo de corticoides y AINE, así como los patrones de indicación de los tratamientos concomitantes mencionados.

Métodos

Se informó sobre un estudio retrospectivo observacional y se empleó la actualización de 2018, siguiendo las guías *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, del conjunto de datos del *Clinical Practice Research Datalink* (CPRD), que contiene 17.6 millones de registros de historias clínicas de 734 centros de atención general del Reino Unido.

La población del estudio elegible debería tener al menos 1 día de registro continuo durante el período de análisis (1 de enero de 1998 hasta 1 de abril del 2018). Los pacientes con AR juvenil o diagnóstico de AR antes de los 18 años de edad, con sexo desconocido o con registros que fueron marcados como de calidad inaceptable para estudio, fueron excluidos.

Para evaluar si la tendencia en cuanto a la medicación no DMARD prescrita estaba relacionada con el diagnóstico de artritis, por cada paciente con un diagnóstico de AR durante el período de estudio se seleccionaron 5 individuos sin AR, seleccionados de manera aleatoria y comparados por edad y sexo.

Los objetivos fueron la evaluación anual de la incidencia y prevalencia de AR, y la proporción anual de pacientes con artritis que recibieron cualquier DMARD a largo plazo, corticoides orales o AINE, entre otros.

Se definió la prescripción a largo plazo como igual o mayor de 90 días de duración total de la prescripción dentro de un lapso de 12 meses.

Resultados

Se identificaron 71 411 pacientes con AR, de los cuales 41 198 fueron comparados con 205 990 sujetos sin AR. La edad promedio de diagnóstico fue de 57 años, el 70% era de sexo femenino y el 58.1% presentó privación socioeconómica.

La incidencia en el período (1998-2017) fue de 5.57 por cada 10 000 persona-años, con 31 768 pacientes con diagnóstico reciente. La incidencia anual fue de 5.01 en 1998 y de 5.98 en el 2017, con un pico de 8.48 en el año 2013.

La incidencia tuvo un pico entre los 70 y 79 años en 1998 de 10.53, y de 11.09 en 2017. Hubo poca variación en el aspecto regional, excepto en el año 2016.

La prevalencia por período fue del 0.89%. Esta prevalencia aumentó desde 0.7% en 1998 hasta 0.91% en 2017. La prevalencia fue la mayor en pacientes de entre 70 y 99 años. Las diferencias entre hombres y mujeres se mantuvieron estables.

Durante el período de seguimiento, el 59.6% de los pacientes con AR tenía prescripción de DMARD, y

el 55.6% recibió prescripción a largo plazo durante al menos 1 año. El promedio de prescripción por persona-años fue de 3 en 1998 y de 7.22 en 2017. La proporción de prescripción a largo plazo fue del 31% en 1998 y aumentó en una trayectoria enlentecida hasta un pico en 52% en 2013, hasta caer al 49.3% en 2017.

El porcentaje anual fue mayor en pacientes con prescripción de corticoides a largo plazo. En el año posterior al diagnóstico, el 55.2% recibió prescripciones de DMARD a largo plazo.

Durante el seguimiento, el 45.1% de los pacientes con AR tenía prescripción de corticoides y el 32.2% recibió prescripciones de largo plazo durante al menos 1 año. El recuento promedio de prescripciones por personas-año fue de 2.04 en 1998 y 1.89 en 2017. Entre los pacientes con prescripciones de corticoides en un año, el recuento promedio fue de 8.03 en 1998 y de 8.02 en 2017.

En 1998, el 21% de los pacientes con AR tenía prescripción a largo plazo, que fue en descenso hasta 15.5% en 2017.

Las mujeres tuvieron una probabilidad algo menor de recibir corticoides a largo plazo que los hombres. Al comparar con la edad de 18 a 29 años, la prescripción aumentó significativamente con la edad desde los 50 años. No habría un efecto significativo con respecto a la privación socioeconómica.

En la cohorte de pacientes sin AR, el 3.8% tuvo prescripción a largo plazo de corticoides durante el seguimiento. En el año posterior al diagnóstico, el 22.5% de los pacientes con AR tuvo prescripción a largo plazo. Esto se mantuvo estable durante el período de estudio. Las mujeres tuvieron menos probabilidad de recibir corticoides en el año posdiagnóstico.

Durante el seguimiento, el 69% de los pacientes con AR tenían prescripción de AINE y el 54.4% había recibido esa prescripción de largo plazo durante al menos 1 año. El promedio de prescripciones por personas-año fue desde 4.17 en 1998 hasta 1.96 en 2017. El porcentaje de pacientes con prescripción a largo plazo fue del 45.9% en 1998 y declinó al 25.1% en 2017. En comparación con los participantes de 18 a 29 años de edad, la prescripción aumentó significativamente con la edad hasta los 50-59 años, para luego declinar a mayor edad. No hubo diferencia en cuanto al sexo, aunque la prescripción a largo plazo fue mayor en los individuos con menos privación socioeconómica.

En la cohorte de pacientes sin AR, el 19.7% tenía prescripción a largo plazo de AINE durante seguimiento. En el año posterior al diagnóstico, el 42.1% tuvo prescripción a largo plazo. Esto declinó desde 57.7% en 1998 hasta 27.1% en 2016.

No hubo diferencia en cuanto a sexo y a privación socioeconómica.

En pacientes con AR incidente, el 16.5% tuvo seguimiento a 10 años y el 3% a 15 años. La proporción de enfermos con prescripción de DMARD

a largo plazo no cambió significativamente a lo largo del curso de la vida. En relación con los corticoides, la proporción disminuyó desde el 22.2% hasta el 16.9%; en cuanto a los AINE, la reducción fue del 41.2% al 28.4%. La mayor parte de la disminución ocurrió en el tercer año.

Durante el seguimiento, 14 314 mujeres sin evidencia de osteoporosis tenían tratamiento a largo plazo con prednisolona durante un año. De estas, en 1998 el 2.1% tuvo prescripción de bisfosfonatos a largo plazo, el 11.8% de calcio y vitamina D y el 13.4% de calcio y vitamina D o bisfosfonatos.

La prescripción a largo plazo de bisfosfonatos aumentó desde 49.4% en 2017, para luego descender lentamente, especialmente en pacientes con al menos 60 años de edad.

Discusión

El presente estudio demostró pocos cambios en la prescripción de corticoides en paciente con AR en el Reino Unido, sin cambios en el abordaje terapéutico en el año posterior al diagnóstico. Aunque la disminución en la prescripción de corticoides fue significativa dentro de los 3 primeros años posdiagnóstico, la indicación se mantuvo de manera sustancial 3 años después del diagnóstico y persistió a lo largo del estudio, especialmente en el grupo de pacientes de mayor edad.

Los AINE prescritos disminuyeron a la mitad en los pacientes con AR. Además, la prescripción de DMARD en el año posdiagnóstico se mantuvo amesetado desde 2009.

La mejora en la coprescripción profiláctica se mantuvo subóptima. En pacientes gerontes y en aquellos con comorbilidades en tratamiento con DMARD inmunosupresores, la exposición persistente a corticoides con supresión inmune conjunta es un problema pertinente en el contexto de enfermedades infecciosas, como la COVID-19 y la tuberculosis.

La estimación de la prevalencia de AR fue de aproximadamente 0.5% a 1%, mayor en las mujeres y aumenta con la edad, lo que es congruente con estudios previos.

En una investigación se informó menor incidencia y prevalencia (1990 a 2014), con una incidencia en caída.

La proporción de pacientes tratados con DMARD, corticoides y AINE prescritos durante el seguimiento, fue comparable a estudios anteriores, aunque se halló que la prescripción de corticoides se mantuvo persistente en esta era de tratamiento enfocado en el objetivo, aun luego del primer año de diagnóstico. Aunque algunas estrategias continúan con el tratamiento con corticoides luego del tercer y el sexto mes, se halló persistencia luego de 15 años posdiagnóstico.

Según lo observado en otras enfermedades con mediadores inmunes como la polimialgia reumática, los corticoides pueden aliviar síntomas

no necesariamente relacionados con la actividad de la enfermedad. Esto posiblemente perpetúe la prescripción de corticoides, a pesar de las recomendaciones de guías y la evidencia de estudios sobre la asociación con diabetes, hipertensión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular, en pacientes con AR. Además, podría enmascarar síntomas de mal control de la AR.

Existen informes de resultados favorables en cuanto a la suspensión de corticoides luego de 34 semanas en pacientes con AR temprana. Las dosis intramusculares de corticoides proveen una dosis fija que puede ser útil para el uso a corto plazo.

Conclusión

Los autores concluyen en que, a pesar del abordaje moderno de tratamiento y el aumento en la prescripción de DMARD, la prescripción a largo plazo de corticoides sigue siendo significativa, especialmente en adultos mayores, y persiste una vez iniciada.

Además, consideran que la prescripción de corticoides a largo plazo tiene repercusiones claras en cuanto a la comorbilidad de la artritis y en la susceptibilidad a las infecciones.



+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/169960



+ Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

4 - Escalas para el Dolor Neuropático Diabético

Ünlütürk Z, Öztekin S, Erdoğan C y colaboradores

BMC Endocrine Disorders 22(1):56-65, Mar 2022

El dolor neuropático se observa aproximadamente en el 7% al 8% de la población general; una de sus causas más frecuentes es la neuropatía diabética (ND). Se han desarrollado numerosas herramientas de pesquisa para el dolor neuropático, pero ninguna de ellas alcanza el 100% de exactitud diagnóstica, por lo que aún hoy el estándar de referencia aceptado para el diagnóstico de dolor neuropático es la opinión del médico.

Cada herramienta diagnóstica diseñada tiene sus ventajas y sus desventajas, pero no es posible la utilización conjunta de todas ellas en la práctica clínica, ni tampoco en los estudios de investigación. La escala *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS), la escala LANSS autoadministrada (sLANSS), el cuestionario *Douleur Neuropathique 4* (DN4) y el cuestionario PainDETECT son algunas de las herramientas validadas que se utilizan en todo el mundo. La sensibilidad y la especificidad de estas escalas han sido informadas, respectivamente, en 85% y 80% para la LANSS, 74% y 76% para la sLANSS, 83% y 90% para el DN4, y 80% y 85% para el PainDETECT. Estas herramientas de pesquisa diagnóstica fueron desarrolladas a través de estudios extensos con grupos numerosos de pacientes con dolor neuropático, pero no se han creado herramientas específicas para el subgrupo de dolor neuropático de origen diabético.

El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad comparativa de las escalas LANSS, sLANSS, DN4 y PainDETECT para la detección y el diagnóstico del dolor neuropático diabético en la práctica clínica.

El estudio fue realizado en un hospital universitario de Turquía, y el protocolo fue aprobado por el comité institucional de ética de la investigación. Los participantes firmaron un consentimiento informado para ingresar al protocolo.

El grupo de estudio estuvo constituido por 203 pacientes: 102 sujetos con diagnóstico clínico de dolor neuropático por ND conformaron el grupo de estudio, mientras que el grupo control estuvo integrado por 101 pacientes con diagnóstico de dolor no neuropático, provenientes de los consultorios de rehabilitación física. Fueron incluidos individuos de entre 18 y 75 años; se excluyeron los sujetos que estuvieran recibiendo tratamiento farmacológico específico para el dolor neuropático.

Los cuestionarios LANSS, sLANSS, DN4 y PainDETECT (validados para la lengua turca) fueron administrados a todos los pacientes. Se compararon los puntajes

obtenidos por los 2 grupos para cada cuestionario, con el fin de evaluar la utilidad de las escalas para el diagnóstico de dolor por ND.

Los valores de corte tomados como referencia fueron los sugeridos en los estudios originales: para los cuestionarios LANSS y sLANSS se tomó como "positivo" el puntaje ≥ 12 , y para el cuestionario DN4, el puntaje ≥ 4 ; en el caso del cuestionario PainDETECT, el puntaje ≤ 12 fue considerado "negativo", puntajes entre 13 y 18 como "dudosos", y puntajes ≥ 19 como "positivos".

Las variables continuas se informaron como medias \pm desviación estándar, y las variables categóricas como números y porcentajes. Para evaluar el desempeño de los métodos se analizaron la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN) y las curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC). Un valor de p menor de 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

El grupo de dolor neuropático por ND estuvo formado por 102 pacientes (44 hombres; 58 mujeres) y el grupo control, por 101 pacientes (48 hombres y 53 mujeres). No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la edad y a la proporción por sexos.

El puntaje promedio de la escala PainDETECT fue 4.7 ± 2.5 en el grupo control y 19.8 ± 5.3 en el grupo de ND ($p = 0.001$); de acuerdo con los valores discriminatorios de referencia para esta escala, los puntajes ≥ 19 se consideraron como positivos para dolor neuropático. Todos los pacientes del grupo control tuvieron valores menores de 13 y fueron considerados como negativos; entre los 102 participantes del grupo de ND, 3 pacientes tuvieron puntajes considerados como negativos, 47 sujetos tuvieron puntajes dudosos, y 52 tuvieron puntajes positivos.

El puntaje promedio en la escala LANSS fue 2.9 ± 4.1 en el grupo control y 15.2 ± 4.3 en el grupo de ND ($p = 0.000$). Noventa y siete de 101 pacientes del grupo control presentaron puntajes negativos; 21 participantes del grupo de ND tuvieron resultados negativos y 81 pacientes presentaron resultados positivos.

Con respecto a la escala sLANSS, la diferencia de puntaje entre los grupos fue significativa (grupo control: 2.91 ± 3.5 ; grupo de ND: 15.4 ± 4.5). Para las escalas LANSS y sLANSS, el valor de corte para diagnóstico de dolor neuropático es un puntaje ≥ 12 ; 98/101 pacientes del grupo control tuvieron puntajes negativos, frente a 83/102 en el grupo de ND.

El puntaje promedio en la escala DN4 fue 1.13 ± 1 en el grupo control y 7.28 ± 1.5 en el grupo de ND ($p = 0.000$); los puntajes ≥ 4 son considerados positivos para dolor neuropático. Todos los participantes del grupo control tuvieron valores negativos; en el grupo de ND, solo un paciente tuvo puntaje negativo. Se compararon también las respuestas de cada grupo a las preguntas individuales contenidas en cada cuestionario, y la diferencia fue significativa para todas ellas. En el grupo control, la mayor cantidad de respuestas

negativas fue para aquellos ítems que contenían referencia a la hiperalgesia y a la alodinia.

El desempeño de cada una de las escalas se analizó mediante curvas ROC, para determinar la sensibilidad y la especificidad, el VPP y el VPN. El valor discriminatorio óptimo para el cuestionario PainDETECT fue 12.5 puntos (sensibilidad: 97%; especificidad: 100%); para el cuestionario LANSS fue 9.5 puntos (sensibilidad: 93%; especificidad: 94%); para el cuestionario sLANSS fue 7.5 puntos (sensibilidad: 98%; especificidad: 88%); para el cuestionario DN4 fue 3.5 puntos (sensibilidad: 99%; especificidad: 97%).

De acuerdo con estos resultados, la potencia diagnóstica estimada de las escalas es PainDETECT = DN4 > sLANSS > LANSS. La sensibilidad y la especificidad de la escala PainDETECT variaron si los valores clasificados como “dudosos” eran analizados como valores positivos o como valores negativos. Si los valores dudosos eran considerados positivos, entonces la sensibilidad de la prueba era del 97% y su especificidad del 100%.

Estos cuestionarios para pesquisa del dolor neuropático fueron desarrollados para un grupo de enfermedades, incluida la ND, y han demostrado su utilidad en el contexto clínico y de investigación. Los cuestionarios fueron elaborados sobre la base del hecho de que algunos síntomas son más esperables en el dolor neuropático que en otros tipos de dolor. Los resultados del presente estudio confirman que estos síntomas son más frecuentes en el dolor neuropático de origen diabético, y que los 4 cuestionarios evaluados lograron identificar a estos pacientes. Sin embargo, los autores advierten que muchos de los síntomas evaluados en las escalas se encontraron también en el grupo control, integrado por pacientes con dolor no neuropático.

Según lo esperado, los puntajes de todas las escalas fueron significativamente más altos en el grupo con dolor neuropático de origen diabético que en el grupo control. Los dominios en los que estas diferencias fueron más pronunciadas fueron la alodinia y la hiperalgesia, que son síntomas provocados que requieren examen físico (los cuestionarios DN4 y LANSS incluyen examen físico). Los autores indican que esto señala el valor del examen clínico para el diagnóstico de ND. Por otro lado, el signo menos informado (en ambos grupos) fue el cambio de color de la piel. La correlación positiva fue alta entre todos los cuestionarios evaluados.

Los autores indican que el aspecto novedoso de este estudio fue comparar la utilidad de 4 herramientas de pesquisa de dolor neuropático para el diagnóstico del dolor originado específicamente por ND. Los resultados sugieren que el cuestionario DN4 tiene alta sensibilidad y especificidad para este fin, aunque los cuestionarios LANSS y sLANSS pueden también ser utilizados para pesquisa. El cuestionario PainDETECT presenta la característica de la indefinición de los puntajes intermedios, que hacen variar la sensibilidad y la especificidad según dónde se ubique el valor de corte de la prueba.

En conclusión, las pruebas LANSS, sLANSS, DN4 y PainDETECT (esta con un valor de corte de 13 puntos) son útiles para pesquisa y diagnóstico de dolor neuropático en la ND, con buena correlación entre ellas. El cuestionario DN4 y el cuestionario PainDETECT (con valor de corte de 13 puntos) mostraron la mayor sensibilidad y especificidad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/170456

5 - Eficacia de una Combinación de Terapias Conservadoras en la Artrosis de la Base del Pulgar

Deveza L, Robbins S, Hunter D y colaboradores

JAMA Internal Medicine 181(4):429-438, Abr 2021

La artrosis muy frecuentemente compromete las articulaciones de la mano y, especialmente, la primera articulación carpometacarpiana (base del pulgar [BP]). La artrosis de la BP afecta considerablemente la función de la mano; se dispone de pocas opciones terapéuticas para este tipo de artrosis.

La artrosis de la BP se observa, con mayor frecuencia, en mujeres posmenopáusicas. Se encuentran signos radiográficos de artrosis en alrededor del 30% de las mujeres de más de 70 años y alrededor de 1 de cada 20 mujeres ha realizado consultas a profesionales por dolor asociado con la artrosis de la BP.

Los tratamientos conservadores recomendados consisten en educación y entrenamiento en principios ergonómicos, ejercicios físicos destinados a mejorar la fortaleza de los músculos y la movilidad y la estabilidad de la articulación, el uso de férulas y la administración de antiinflamatorios no esteroides (AINE); se prefiere el uso de AINE tópicos por su mejor perfil de seguridad. No obstante, individualmente, estos tratamientos por lo general se asocian con pocos beneficios para el paciente. La combinación de estrategias conservadoras seguras y eficaces constituye una forma para optimizar los resultados.

El *National Institute for Health and Care Excellence* hace hincapié en la necesidad de investigar combinaciones terapéuticas para pacientes con artrosis de la BP, de modo que el objetivo del presente estudio fue determinar los efectos de una combinación de tratamientos conservadores, respecto de solo medidas educativas y ergonómicas.

El *Efficacy of Combined Conservative Therapies on Clinical Outcomes in Patients with Thumb Base Osteoarthritis* (COMBO) fue un estudio aleatorizado, de grupos paralelos, de superioridad, con asignación aleatoria (1:1) a uno de 2 grupos de intervención. La investigación se llevó a cabo en el *Royal North Shore Hospital*, una institución académica terciaria de Australia.

Los pacientes con artrosis de la BP fueron asignados de manera aleatoria a tratamiento combinado (TC) o al grupo de comparación (grupo control [GC]),

durante 6 a 12 semanas. Los controles de seguimiento se efectuaron en las semanas 2, 6 y 12; a los 6 meses, los enfermos fueron contactados telefónicamente para conocer la evolución clínica y la utilización prolongada de las intervenciones asignadas.

El reclutamiento tuvo lugar en Sídney, Australia, entre mayo de 2016 y julio de 2018. Se incluyeron pacientes de 40 años o más, con dolor asociado con la artrosis de la BP al menos la mitad de los días en el mes previo, y con 40 puntos o más en la escala visual analógica de dolor (EVA) de 0 a 100 mm en los 30 días y en las 48 horas antes del rastreo. Además, los pacientes debían tener 6 o más puntos en el *Functional Index for Hand Osteoarthritis* (FIHOA), y evidencia radiográfica de artrosis en la articulación carpometacarpiana (grado de Kellgren-Lawrence [KLG] ≥ 2).

En la asignación a los grupos (102 pacientes en cada grupo) se tuvieron en cuenta la gravedad de la artrosis (grado de KLG 2 y 3 respecto de 4); los sujetos de los dos grupos realizaron 3 sesiones individuales personales con un fisioterapeuta, al inicio y en la semana 2.

En el grupo de TC se indicaron medidas educativas, uso de férulas, ejercicios de las manos y diclofenac sódico en gel al 1%; en el GC solo se indicaron medidas educativas y ergonómicas. Se permitió el uso de analgésicos y de paracetamol como medicación de rescate, en dosis de 3000 mg por día.

Los criterios principales de valoración fueron el dolor en la EVA y el puntaje del FIHOA para la función de la mano, a las 6 semanas. Los mismos puntajes a las 2 y a las 12 semanas, la fuerza de prensión, la valoración global del paciente, la rigidez de la articulación, la calidad de vida valorada con el *Assessment of Quality of Life-4D instrument* (AQoL-4D), la utilización de medicación de rescate y el edema articular fueron criterios secundarios de valoración. También se analizó el porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento a las 6 y 12 semanas, según los criterios del *Outcome Measures in Rheumatology* (OMERACT) y de la *Osteoarthritis Research Society International* (OARSI).

Los análisis se realizaron en la población con intención de tratamiento; las comparaciones se realizaron con pruebas de la *t* o de Wilcoxon, según el caso. Se incluyó ajuste según los puntajes basales, el sexo y el grado KLG. Se estimaron las diferencias promedio estandarizadas con intervalos de confianza (IC) del 95% o del 97.3%. Las variables categóricas se analizaron con prueba de chi al cuadrado.

Los participantes (102 en cada grupo) tenían 65.6 años en promedio y el 76% ($n = 155$) eran mujeres. Se dispuso de datos a los 6 meses para 91 pacientes en el grupo de TC (89%) y para 98 pacientes (96%) en el GC. Las características basales fueron similares en los dos grupos.

En el grupo de TC, 63 (66%) y 43 (45%) pacientes refirieron haber utilizado todos los tratamientos a las semanas 6 y 12, respectivamente.

Se registraron 34 efectos adversos, todos en el grupo de TC; en 28 pacientes, los efectos adversos fueron de intensidad leve a moderada. Los efectos adversos más frecuentes fueron las reacciones cutáneas atribuibles

al uso de férulas de neopreno ($n = 12$) o del gel con diclofenac ($n = 3$). Un paciente refirió trastornos gastrointestinales y se registraron 17 episodios de aumento transitorio del dolor de la articulación, en relación con los ejercicios. Todos los efectos adversos remitieron sin secuelas y no se observaron efectos adversos graves.

No se observaron diferencias entre los grupos en el dolor desde el inicio hasta la sexta semana (diferencias promedio [DP] de -4.2; IC 97.3%: -11.3 a 3.0; $p = 0.19$). Los puntajes de dolor mejoraron en los dos grupos.

Los cambios en la función de la mano difirieron significativamente entre los grupos a las 6 semanas (diferencia entre los grupos de -1.7; IC 97.3%: -2.9 a -0.5; $p = 0.002$), a favor del grupo de TC. Los análisis con ajuste mostraron esencialmente los mismos resultados. La diferencia promedio estandarizada (DPE; *d* de Cohen) indicó que la diferencia para la función fue pequeña (-0.40; IC 97.3%: -0.68 a -0.11).

Las diferencias en los puntajes del FIHOA a las semanas 6 y 12 fueron superiores a la diferencia mínima clínicamente relevante de -1.3 puntos.

Con respecto a los criterios de valoración secundarios, en la semana 12 se observaron mejoras más importantes del dolor y de la función de la mano en el grupo de TC, respecto del GC (diferencia entre los grupos de -8.6; IC 95%: -15.2 a -2.0; $p = 0.01$ para el dolor; diferencia entre los grupos de -2.4; IC 95%: -3.5 a -1.3; $p < 0.001$ para la función).

Las DPE fueron más pronunciadas (mediana) para ambos criterios de valoración (función: -0.56; IC 95%: -0.83 a -0.29; dolor: -0.63; IC 95%: -1.10 a -0.16).

En la sexta semana se registraron mejoras más importantes en el grupo de TC, respecto del GC, en el dominio de salud mental del AQoL-4D (diferencia entre los grupos de 5.6; IC 95%: 2.2 a 8.9; $p = 0.001$) y la fuerza de prensión (1.6; IC 95%: 0.2 a 3.1; $p = 0.03$).

La diferencia entre los grupos en la fuerza de pellizco con la punta de los dedos se tornó significativa en los análisis con ajuste, a favor del grupo de TC (0.4; IC 95%: 0.1 a 0.7; $p = 0.01$). En la semana 12, en el grupo de TC se observaron mejoras más importantes, en comparación con el GC, en el dominio de salud mental del AQoL-4D (4.4; IC 95%: 1.1 a 7.7; $p = 0.009$) y en el puntaje total del AQoL-4D (2.1; IC 95%: 0.3 a 4.0; $p = 0.03$).

No se encontraron diferencias entre los grupos en la fuerza, la valoración global del paciente y la duración de la rigidez articular; sin embargo, las diferencias en la fuerza y en la valoración global del paciente se tornaron significativas en el análisis con ajuste, a favor del grupo de TC.

Entre los pacientes con edema articular al inicio ($n = 82$, 40%), el porcentaje de pacientes sin edema articular en las semanas 6 y 12 fue similar en los dos grupos.

En cambio, un mayor porcentaje de pacientes en el GC refirió mejoras en la sensibilidad de la articulación a las 6 y 12 semanas. No se observaron diferencias entre los grupos en ningún momento de valoración

para el *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire-General Health* (WPAI-GH).

Menos pacientes en el grupo de TC refirieron usar medicación analgésica de rescate a las 6 y 12 semanas. Si bien la tendencia se mantuvo entre la semana 6 y la semana 12, la diferencia no fue significativa.

En el grupo de TC se encontraron índices más altos de respuesta según los criterios OMERACT-OARSI en todos los momentos de valoración, pero la diferencia sólo fue significativa en la semana 12. El número de pacientes que refirió estar mucho mejor o algo mejor fue más alto en el grupo de TC, respecto del GC, para el dolor, la función y el cambio global a las 6 y 12 semanas. A los 6 meses, en el grupo de TC los puntajes promedio de dolor aumentaron levemente respecto de la semana 12, en tanto que los puntajes de función siguieron en mejoría. En el GC, los puntajes promedio para el dolor y la función de la mano mejoraron respecto de los puntajes en la semana 12.

La mayoría de los participantes de ambos grupos (más del 70%) refirieron utilizar medidas ergonómicas a los 6 meses; el 41% de los sujetos del grupo de TC, y el 64% de los sujetos del GC refirieron realizar ejercicios de la mano. En los dos grupos, menos del 25% refirió utilizar entablillado o diclofenac tópico.

En conclusión, en la práctica clínica se suele indicar una combinación de tratamientos conservadores en pacientes con artrosis de la BP, a pesar de que la evidencia al respecto es limitada. En el presente estudio se analizó la eficacia de la combinación de tratamientos conservadores durante 6 semanas, en comparación con medidas educativas y ergonómicas.

Los resultados del estudio sugieren que en pacientes con artrosis de la BP, los tratamientos conservadores combinados se asocian con beneficios clínicos leves o intermedios sobre la función de la mano, no así sobre el dolor, respecto de las medidas del grupo de comparación, en la sexta semana. En la semana 12, la TC se asoció con mejoras más importantes para ambos criterios de valoración, con mayor tamaño del efecto. No obstante, el efecto de la TC fue, tal vez, clínicamente relevante solo para la función de la mano.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/170455

6 - Tratamiento Intraarticular de la Artrosis con Etalialuronato de Diclofenac

Kano K, Seo T, Nishida Y

Arthritis & Rheumatology 73(9):1646-1655, Sep 2021

La artrosis es la enfermedad articular degenerativa más frecuente en las personas mayores. El tratamiento se centra en el alivio de los síntomas para mejorar la función articular y la calidad de vida, y las principales opciones son los ejercicios, la fisioterapia y los fármacos.

Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) orales o tópicos son los más utilizados pese a sus efectos adversos (EA); también se dispone de la inyección intraarticular (IA) ácido hialurónico (AH).

El etalialuronato de diclofenac (DF-HA), en la que el HA se une de manera covalente al DF, combina las ventajas de la inyección IA de AH y los AINE; tiene liberación sostenida de DF, con efectos analgésicos que persisten hasta 28 días.

Se realizó un estudio para confirmar la eficacia y la seguridad de la inyección IA de 30 mg de DF-HA cada 4 semanas en pacientes con artrosis de rodilla. El objetivo principal fue verificar la superioridad del DF-HA frente al placebo; el criterio de valoración primario fue el cambio medio a las 12 semanas de la puntuación de la subescala de dolor del *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC). El objetivo secundario fue evaluar la seguridad de DF-HA cuando se inyectaba una vez cada 4 semanas, hasta 24 semanas, en comparación con el placebo.

Se llevó a cabo un ensayo multicéntrico de fase III, aleatorizado, a doble ciego y controlado con placebo, en 50 centros de Japón. Los participantes con diagnóstico de artrosis de rodilla, tenían entre 40 y 75 años, manifestaron dolor durante al menos 1 año en la rodilla, y un puntaje de la subescala de dolor del WOMAC de 50-90 mm (en una escala visual analógica [EVA] de 100 mm) en la rodilla objetivo y ≤ 30 mm en la rodilla contralateral en el momento de la selección. Se excluyeron los sujetos con otras enfermedades, con índice de masa corporal ≥ 35.0 kg/m², con hipersensibilidad al DF, al AH o al paracetamol, entre otras.

Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria para recibir DF-HA (30 mg en 3 ml) o placebo (3 ml de solución de ácido cítrico y citrato de sodio), en una proporción 1:1. El volumen completo del fármaco o del placebo se inyectó por vía IA en la rodilla objetivo de cada participante un total de 6 veces, una vez cada 4 semanas. El período de observación comenzó el día de la primera inyección y terminó en la semana 24; en el mismo tiempo se evaluó la eficacia y la seguridad. Los participantes solo utilizaron paracetamol como medicación de rescate, en dosis máximas de 3600 mg/d.

La medida de resultado primaria fue la puntuación de la subescala de dolor de WOMAC, y el criterio de valoración primario fue el cambio medio entre el inicio y las 12 semanas. Los criterios de valoración secundarios fueron la puntuación del índice WOMAC (puntajes de la subescala de rigidez, de la subescala de función física y total, en una EVA de 100 mm), las tasas de respondedores y respondedores estrictos según los criterios de respuesta del *Outcome Measures in Rheumatology* (OMERACT)-*Osteoarthritis Research Society International* (OARSI), la *Medical*



Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) de resultados médicos, la *EuroQol 5-domain (EQ-5D)* y el consumo de paracetamol. Además, se realizaron pruebas de laboratorio, medición de los signos vitales, examen de la rodilla y radiografías.

Fueron seleccionados 440 para el estudio, 220 recibieron placebo y 220 recibieron DF-HA. La media de los mínimos cuadrados (MMC) de la puntuación de la subescala de dolor del WOMAC a las 12 semanas fue de -17.1 mm para el placebo y de -23.2 mm para el DF-HA; la diferencia en el MMC entre los grupos fue de -6.1 mm (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: -9.4 a -2.8; $p < 0.001$), lo que demuestra la superioridad de DF-HA sobre el placebo. Se observaron diferencias significativas en todos los resultados secundarios a lo largo de 12 semanas, excepto en el puntaje del resumen del componente mental y el puntaje del resumen del componente de rol social del SF-36. Con el tiempo, los puntajes de la subescala de dolor y de la subescala de función del WOMAC, así como de la evaluación global del paciente, mejoraron después de cada inyección de DF-HA. La diferencia entre grupos fue significativa a partir de la semana 1, y se mantuvo durante 24 semanas. Las diferencias entre grupos en la MMC en la puntuación de la subescala de dolor del WOMAC fueron de -7.2 mm en la semana 1 (IC 95%: -10.5 a -3.9; $p < 0.001$), -6.2 mm en la semana 4 (IC 95%: -9.9 a -2.5; $p = 0.001$), -6.1 mm en la semana 12 (IC 95%: -10.3 a -2.0; $p = 0.004$) y -4.0 mm en la semana 24 (IC 95%: -8.6 a 0.5; $p = 0.082$). Los análisis de respuesta *post hoc* mostraron que el grupo de DF-HA tenía mayor proporción de sujetos con mejora del dolor que el grupo placebo, en todos los valores de corte y en todos los puntos temporales. Las proporciones de sujetos con una mejora con respecto al inicio $> 20\%$, $> 30\%$ y $> 50\%$ en la semana 12, en el grupo placebo frente al grupo de DF-HA, fueron del 66.5% frente al 78.1%, del 56.1% frente al 71.0% y del 38.2% frente al 51.9%, respectivamente, y las proporciones de sujetos con un nivel de dolor < 40 mm, < 30 mm y < 20 mm en la semana 12, en el grupo placebo frente al grupo de DF-HA, fueron 49.5% frente a 61.4%, 37.3% frente a 48.6% y 26.9% frente a 38.1%, respectivamente. La disminución en el consumo de paracetamol desde el inicio fue mayor en el grupo de DF-HA que en el grupo placebo, y la diferencia fue significativa en todos los puntos temporales hasta la semana 12.

La incidencia de EA fue de 126 (57.3%) en el grupo placebo y de 134 (60.9%) en el grupo de DF-HA. La incidencia de EA graves fue de 1 (0.5%) en el grupo placebo y de 5 (2.3%) en el grupo de DF-HA. Los EA que condujeron a la suspensión del fármaco en estudio fueron inflamación de las articulaciones y dolor en el lugar de la inyección en un sujeto del grupo placebo, y *shock* anafiláctico, reacción anafiláctica y convulsión autonómica en un participante del grupo de DF-HA. La incidencia de EA en el lugar de la inyección fue de 20 (9.1%) en el grupo placebo y de 19 (8.6%) en el

grupo de DF-HA. Se informó una incidencia baja de EA en el grupo de DF-HA asociados con trastornos gastrointestinales (0.5%), cardiovasculares (1.4%) y renales (0.5%). En general, no hubo una diferencia clara entre los grupos en cuanto a la incidencia de EA.

Durante la realización de este estudio se alcanzó el objetivo primario de una mejora significativa en la subescala de dolor del WOMAC en los pacientes que recibieron DF-HA, en comparación con los que recibieron placebo, durante 12 semanas. La mayoría de los resultados secundarios indicaron la superioridad de 12 semanas de tratamiento con DF-HA frente al placebo.

En esta investigación, los porcentajes de sujetos con una mejora del dolor fueron mayores en el grupo de DF-HA que en el grupo placebo, en todos los tiempos de evaluación. Se demostró una mejora en el 50% de los sujetos tratados con DF-HA en la semana 1, y esto se extendió a más del 80% de los pacientes tratados con DF-HA en la semana 24. Además, el DF-HA mejoró el dolor, así como la función física, la evaluación global y la calidad de vida, con una disminución del uso de paracetamol.

Debido a la presencia de síntomas anafilácticos con el uso de DF-HA, se debe tener especial atención durante el uso clínico. Por otro lado, dado que en el grupo de DF-HA no se observaron EA a nivel gastrointestinal, cardiovascular o renal, se sugiere un perfil de seguridad prometedor que puede estar relacionado con la menor dosis y la menor exposición sistémica al DF.

En conclusión, el DF-HA, tiene las ventajas de la IA de HA y los AINE, promovió mejoras significativas de los síntomas, con una eficacia de acción rápida y duradera en pacientes con artrosis de rodilla, cuando se inyectó una vez cada 4 semanas. Se espera que el DF-HA sea un agente terapéutico que satisfaga una necesidad no cubierta de farmacoterapia para la artrosis de rodilla, pero se debe seguir evaluando su seguridad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/169738

7 - Artrosis: Efectos sobre la Discapacidad Laboral y el Sistema de Salud

Summanen M, Ukkola-Vuoti L, Madanat R y colaboradores

BMC Musculoskeletal Disorders 22(1):501-511, May 2021

La artrosis es la presentación más frecuente de la artritis y es una causa principal de discapacidad y dolor, especialmente en adultos mayores. Según un estudio, en 2017 hubo 303.1 millones de casos prevalentes de artrosis de cadera o rodilla a nivel mundial, y la prevalencia por edad habría aumentado un 9.3% entre 1990 y 2017.

Varios estudios encontraron que la artrosis es más prevalente en mujeres y en los grupos de adultos

mayores; sin embargo, puede afectar a jóvenes en edad laboral, lo que causa disminución de la productividad y aumento del uso de recursos de salud.

Algunas investigaciones habrían demostrado que los adultos en edad laboral con artrosis tienen menor frecuencia de empleo, en comparación con el mismo grupo etario sin esta enfermedad; además, estos pacientes tienen riesgo aumentado de perder el trabajo por discapacidad o enfermedad.

El presente estudio evaluó los parámetros de pacientes con artrosis de rodilla o cadera, comparándolos con controles emparejados por edad y sexo, con la base de datos de historias clínicas de empleados de un proveedor de salud laboral de Finlandia.

En este estudio retrospectivo basado en historias clínicas, se utilizaron los registros electrónicos médicos de Terveystalo, un empleador privado en cobertura de salud laboral en Finlandia. El período de estudio fue desde el 1 de enero de 2012 hasta el 30 de abril de 2020.

Se formaron dos cohortes de pacientes con artrosis: la cohorte de pacientes con artrosis de rodilla y cadera, y una subcohorte de individuos del sistema de salud laboral (CSL) de aquellos con artrosis de rodilla y cadera.

Los criterios de inclusión fueron el diagnóstico de artrosis de rodilla o cadera, tener al menos 18 años de edad en la fecha de diagnóstico, entre otros.

Para determinar la carga de artrosis de rodilla y cadera, se conformó una cohorte de control emparejada (en una relación 1:1) en cuanto a edad, sexo y duración del seguimiento, con participantes sin artrosis.

La frecuencia de comorbilidades y codiagnósticos fue evaluada a partir del registro electrónico según los códigos de la ICD-10, a lo largo del período de seguimiento.

Para los pacientes con artrosis, el uso de recursos del sistema de salud comprendió tanto de contactos totales y específicos con proveedores de salud como de licencias por enfermedad.

El número de pacientes en Terveystalo con registros electrónicos médicos fue de 1 134 643. La cohorte total con artrosis incluyó 51 068 pacientes diagnosticados con artrosis de cadera o rodilla (9040 y 42 028 participantes, respectivamente) durante el estudio. Un total de 3025 pacientes tenían tanto artrosis de cadera como de rodilla.

Se conformó una subcohorte de la CSL de 35 109 pacientes (6416 con artrosis de cadera y 28 693 con artrosis de rodilla). Se efectuó una comparación aleatorizada, en relación 1:1, en cuanto a edad, sexo y duración del seguimiento, con pacientes sin artrosis.

Algo más de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio fueron mujeres, con una edad promedio de 56.6 años para todas las cohortes con artrosis y de 53.3 años para la cohorte de la CSL. La mayoría de los pacientes pertenecían al rango etario de 50 a 59 años. En aquellos con índice de masa corporal (IMC) disponible, el promedio en la cohorte con artrosis fue

de 30.1 kg/m² en los pacientes con artrosis de cadera y rodilla, y de 27.6 kg/m² en los pacientes del grupo control.

Los pacientes con mayor IMC fueron más frecuentemente observados dentro de la cohorte con artrosis; por ejemplo, el 7.0% de los sujetos con artrosis de rodilla tenían un IMC mayor de 40 kg/m², en comparación con solo el 2.1% en la cohorte de control.

El diagnóstico de comorbilidad más frecuente fue la infección de la vía respiratoria alta, que se detectó en el 63.2% de la subcohorte CSL, y en el 43.8% de los controles. La dorsalgia fue la segunda comorbilidad más frecuente y fue 1.8 veces más frecuentemente en la subcohorte CSL, en comparación con los controles. La diferencia más importante entre los pacientes con artrosis y los controles fue en relación con la artralgia, que fue un criterio de exclusión para la cohorte de control.

La prevalencia de artrosis de cadera o rodilla en la CSL fue de 5.6% al final del estudio. La artrosis de rodilla fue 5.5 veces más común, con una prevalencia de 4.4%, en comparación con 0.8% para la artrosis de cadera.

Además, 1325 pacientes presentaron artrosis de rodilla y cadera. La prevalencia de artrosis en hombres y mujeres aumentó con la edad, y la mayor prevalencia fue vista en el grupo de entre 60 y 64 años.

La prescripción de medicación para la artrosis para la cohorte CSL fue extraída de las visitas relacionadas con la artrosis y de todas las visitas de Terveystalo.

La medicación más prescrita para fue el etoricoxib, en el 21.8% de todos los pacientes con artrosis en las visitas relacionadas con esta afección, y hasta el 52.7% cuando se tomaron en consideración todas las visitas realizadas.

La mayor diferencia entre los pacientes y los controles se observaron en la prescripción de condroitín sulfato, glucosamina y ácido hialurónico, que fueron indicados casi de manera exclusiva a pacientes con artrosis, en comparación a los controles.

Aproximadamente la mitad de los pacientes no tenían medicación para el dolor en las visitas relacionadas con la artrosis, y el 1.9% tuvo indicación de paracetamol únicamente, sin antiinflamatorios no esteroides (AINE) ni opioides prescritos. El 40% tenía prescripción de AINE, pero no de opioides, y el 10.6% restante tuvo indicación de opioides. El opioide más prescrito fue la combinación de codeína y paracetamol, en el 4.8% de los pacientes con artrosis en las visitas relacionadas con dicha afección.

El ácido hialurónico se prescribió a casi el 3% de los pacientes con artrosis en la cohorte CSL.

Los AINE fueron la medicación para el dolor más empleada en los individuos con artrosis.

Los pacientes con artrosis tuvieron 2.8 veces más días generales de licencia por enfermedad, en comparación



+ Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

con los controles, 2.2 veces más períodos de licencia por enfermedad, y 2.2 veces más contacto con el sistema de salud. En el caso de los pacientes con artrosis en la cohorte CSL, el 28% de los días de licencia se registró con diagnóstico de artrosis.

Un mayor IMC y comorbilidades como diabetes tipo 2 y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aumentaron el uso de recursos del sistema de salud, tanto para pacientes con artrosis en la subcohorte CSL como para los controles. Los pacientes con IMC igual o menor de 25 kg/m² tuvieron 16.3 días de licencia y 5.6 contactos con el sistema de salud por año, pero los individuos con IMC mayor de 30 kg/m² tuvieron 28.2 días de licencia y 6.8 contactos por año. La misma tendencia se observó para los controles, pero los valores generales fueron menores.

El diagnóstico de diabetes tipo 2 aumentó el número de días de licencia y de contactos con personal de salud.

Además, los pacientes con artrosis tanto de rodilla como de cadera y los controles con EPOC tuvieron más días de licencia y contactos con el sistema de salud por año, en comparación a aquellos sin estas comorbilidades.

El especialista más visitado por los pacientes con artrosis de la CSL y los controles fue el médico laboral. Los ortopedistas fueron, además, el tipo de especialista más visitado por los pacientes con artrosis.

Aunque se sabe que la prevalencia de artrosis aumenta con la edad, la artrosis de cadera y rodilla representan una carga significativa también para la población en edad laboral. El presente estudio de tipo retrospectivo, realizado en Finlandia, observó que la prevalencia general de artrosis de cadera o rodilla en la subcohorte CSL fue del 5.6% al final del estudio. Según lo esperado, la prevalencia aumentó con la edad, con un pico en el grupo etario de 60 a 64 años.

En un estudio reciente, la prevalencia de artrosis en el grupo etario de 50 a 64 años fue del 14.8%, similar al 12.5% observado en esta investigación para el mismo grupo etario. Las prevalencias informadas son comparables a los últimos datos en Finlandia de hace 20 años, en los que la prevalencia de artrosis de rodilla y cadera en el grupo de 55 a 64 años fue del 14.4% para hombres y del 11.2% para mujeres.

En contraste con otros estudios que informaron mayores prevalencias en grupos de más de 65 años, en este trabajo la prevalencia de artrosis fue menor en el grupo de 65 años y más, en comparación con el de 60 a 64 años, aunque esto puede deberse a que la edad jubilatoria se encuentra alrededor de los 65 años en Finlandia, y serían pocas las personas con cobertura en salud laboral luego de esa edad.

Por esto, la mayoría de los pacientes en los grupos de mayor edad reciben tratamiento para su artrosis desde el sector público de salud, por lo que serían necesarios otros registros para obtener estos datos.

El estudio, además, demuestra que el diagnóstico de artrosis de rodilla o cadera, aumenta la utilización de recursos del sistema de salud, lo que estaría señalado por el aumento en los días de licencia médica y los

contactos con el servicio de salud, al comparar con los controles sin artrosis.

En general, los pacientes con artrosis tuvieron mayor IMC y más comorbilidades, en comparación con los controles, asignados por edad y sexo, sin artrosis. La dorsalgia sería 1.8 veces más frecuente en los pacientes con artrosis. Otras investigaciones habrían demostrado mayor IMC y mayor carga de comorbilidades en pacientes con artrosis, en comparación con aquellos sin esta afección.

El 14.4% de los pacientes con artrosis en este estudio tenía contraindicación de AINE según su diagnóstico. Estos datos apoyan los hallazgos de trabajos previos y realza la necesidad de enfoques multidisciplinarios en el tratamiento de la artrosis y la importancia de considerar diagnósticos de comorbilidades y otras prescripciones.

En el presente estudio, los AINE fueron prescritos en el 40% de los pacientes con artrosis en la subcohorte CSL, y el AINE selectivo para la ciclooxigenasa 2 (COX-2) etoricoxib, fue el más indicado.

Aunque el uso de opioides está visto como el último recurso, en este estudio se observó que fueron indicados con relativa frecuencia, en un 10.6% de los pacientes en las visitas relacionadas con la artrosis. La mayoría de las prescripciones de opioides fueron para opioides débiles, como el tramadol. Estudios en Holanda y Bélgica informaron valores muy similares, con un uso registrado del 12% en los pacientes con artrosis en Holanda.

Al considerar las guías de tratamiento actualizadas y los resultados de metanálisis recientes, se concluye que los opioides proveerían un alivio mínimo de los síntomas de artrosis y podrían generar incomodidad en la mayoría de los pacientes, por lo que es importante prestar particular atención al patrón de prescripción de opioides en individuos con artrosis de rodilla y cadera.

Los autores concluyen que los pacientes con artrosis tuvieron más comorbilidades, más prescripciones analgésicas, más días de licencia por enfermedad y más contactos con personal de salud, en comparación con controles sin artrosis.

Además, consideran que, aunque los AINE son los analgésicos más utilizados para la artrosis, el 14% podría tener contraindicación para estos fármacos, lo que realzaría la necesidad de nuevos abordajes terapéuticos seguros del dolor crónico en estos pacientes.

 + Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/169964

Autoevaluaciones de lectura

Trabajos Distinguidos Clínica Médica 17 (2022) 18

Por cada artículo extenso de Trabajos Distinguidos se formula una pregunta, con cuatro opciones de respuesta. La correcta, que surge de la lectura atenta del respectivo trabajo, se indica en el sector Respuestas correctas, acompañada de su correspondiente fundamento escrito por el especialista que elaboró la pregunta.

TD N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	La World Anti-Doping Agency (WADA, Agencia Antidoping Mundial) prohíbe aquellos fármacos o sustancias que:	A) Tuvieran el potencial de mejorar el rendimiento deportivo. B) Representen un riesgo actual para los atletas. C) Representen un riesgo futuro para los atletas. D) Violaren el espíritu deportivo de las competencias. E) Todas son correctas.
2	¿Qué tipo de complicación hemorrágica posoperatoria está asociada con el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE) en el período perioperatorio?	A) Hematomas. B) Necesidad de regresar al quirófano por hemorragia. C) Transfusión de sangre. D) Todas las respuestas anteriores son correctas. E) El uso de AINE en el período perioperatorio no está asociado con ninguna complicación hemorrágica posoperatoria.
3	En relación con el tratamiento de la artritis reumatoidea (AR) y sus cambios en el transcurso de 20 años, señale la correcta.	A) Las estrategias modernas para el tratamiento de la AR se basan en el inicio temprano de fármacos modificadores de la enfermedad reumática (DMARD) y en el tratamiento a corto plazo y concomitante con antiinflamatorios no esteroides (AINE). B) Las guías recomiendan tratamiento profiláctico con inhibidores de la bomba de protones para mitigar los eventos adversos gastrointestinales de los AINE, y tratamiento protector óseo en tratamientos con corticoides a largo plazo. C) A pesar del abordaje moderno de tratamiento y al aumento en la prescripción de DMARD, la prescripción a largo plazo de corticoides sigue siendo significativa, especialmente en adultos mayores. D) La prescripción de corticoides se mantendría persistente una vez iniciada, aun luego del primer año de diagnóstico, lo que podría asociarse con eventos adversos. E) Todas son correctas.

Respuestas correctas

TD N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	Todas son correctas.	La WADA, en su lista de prohibiciones, incluye sustancias o métodos que tuvieran el potencial de mejorar el rendimiento deportivo, representen un riesgo actual o futuro para los atletas o violaren el espíritu deportivo descrito en el Código WADA. La evidencia acerca del efecto de los AINE sobre el rendimiento deportivo es incompleta, motivo por el cual, hasta el momento, no se han incluido estos fármacos en la lista de prohibiciones.	E
2	El uso de AINE en el período perioperatorio no está asociado con ninguna complicación hemorrágica posoperatoria.	Según una investigación, el uso de AINE en el período perioperatorio no parece estar asociado con ninguna complicación hemorrágica posoperatoria (hematomas, necesidad de regresar al quirófano por hemorragia, y transfusión de sangre).	E
3	Todas son correctas.	Las estrategias actuales para la AR en cuanto al tratamiento se basan en el inicio temprano con DMARD y AINE para el alivio sintomático. Las guías recomiendan tratamiento profiláctico con inhibidores de la bomba de protones para mitigar los eventos adversos de los AINE, y protectores óseos para el tratamiento con corticoides. La prescripción de corticoides a largo plazo sigue siendo significativa, y se mantendría persistente aun después del primer año de diagnóstico.	E